

Caso clínico

Pág. 24-35.

Manejo de una mordida cruzada posterior bilateral en la dentición mixta.

Dra. Militza Monterrey¹.

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Doctor en Cirugía Dental. Panamá. militza.monterrey@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-6210-2991>

Fecha de recepción: 14 diciembre 2017

Fecha de aceptación: 7 abril 2018

Resumen

Siendo las maloclusiones transversales muy frecuentes en la práctica clínica odontológica, es necesario realizar un correcto análisis diferencial de las mismas para llevar a cabo un tratamiento oportuno que permita una corrección adecuada y lo menos traumática posible para el paciente. A continuación, le presentamos el manejo de un caso clínico realizado en la clínica Domingo Amat de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.

Palabras Claves

Maloclusiones transversales, mordida cruzada, anomalía intermaxilar.

Abstract

The transverse problems are very frequent in dental clinical practice, it is necessary to carry out a correct differential analysis of them to carry out a timely treatment that allows an adequate correction and the least traumatic possible for the patient. Here we present the management of a clinical case carried out at the Domingo Amat clinic of the Dental Faculty of the University of Panama.

Keywords

Transverse malocclusion, cross bite, intermaxillary anomaly.

¹Doctora en Cirugía Dental.

Introducción

La mordida cruzada es un tipo de anomalía intermaxilar que podemos definir como “una maloclusión transversal que produce una alteración de la oclusión en el plano horizontal, es decir, las cúspides palatinas de molares y premolares no ocluyen en las fosas centrales y triangulares de los molares y premolares inferiores”⁽¹⁾.

La mordida cruzada posterior suele ser consecuencia de las dimensiones transversas reducidas de la arcada dentaria superior o maxilar superior ⁽²⁾. Puede aparecer a cualquier edad por lo que el tratamiento ha de ser lo más rápido posible para evitar displasias esqueléticas en el niño originando desviaciones en el crecimiento y desarrollo craneofacial, aumentando así la probabilidad de futuros problemas funcionales de músculos, articulaciones, dientes que en conjunto presentan como asimetrías faciales y esqueléticas ⁽¹⁾.

La etiopatogenia de la mordida cruzada posterior es multifactorial; cuando se presenta en dentición primaria y dentición mixta puede ser debido a varias causas:

Dentarias: por un patrón de erupción defectuoso, alteraciones dentales como consecuencia de un traumatismo, alteraciones en el equilibrio muscular sobre los arcos dentarios, succión digital o de chupete prolongada, macroglosia, respiración bucal, entre otras ⁽²⁾.

Esqueléticas: son consecuencia de una discrepancia en el crecimiento óseo maxilar o mandibular, siendo más frecuente en el maxilar ⁽²⁾. Es importante valorar las relaciones esqueléticas subyacentes en función de donde se localice la anomalía anatómica para averiguar porque aparece la mordida cruzada ⁽³⁾.

Si existe una mordida cruzada bilateral es importante evaluar si el mismo maxilar es muy estrecho o si el arco dental es el que se ha estrechado; la anchura de la base esquelética maxilar se puede conocer por la anchura de la bóveda palatina evaluada en los modelos de estudio. Si la bóveda tiene una base ancha, pero los procesos dentales se inclinan hacia el interior, la mordida cruzada será dental debido a una distorsión del mismo arco dental; en cambio si la bóveda palatina es estrecha y se presenta una mordida cruzada, el problema será esquelético ya que se debe a la estreches del mismo maxilar ⁽³⁾.

Funcionales: es la adaptación del organismo a las interferencias dentales y esqueléticas, en otras palabras, es la consecuencia de las causas anteriores ⁽²⁾. Por ejemplo, la desviación de la mandíbula lateralmente que realiza el niño durante el cierre para evitar las interferencias oclusales y conseguir así la máxima intercuspidadación ^(3,4).

Clasificación

Existen varias clasificaciones para las anomalías transversales; en esta ocasión se describe la clasificación clásica de Schwarz modificada que básicamente las clasifica en dentarias y esqueléticas según su origen.

- Mordida cruzada de origen esquelético: se presenta cuando el maxilar es estrecho, la mandíbula amplia o una combinación de ambos. Es más común que se presente por una falta de crecimiento maxilar que por exceso de mandíbula.

Existen algunos casos donde no se observa clínicamente una mordida cruzada, aunque se observe falta de crecimiento maxilar; esto es debido a una compensación dento-alveolar que se corrobora observando una excesiva inclinación vestibular de los dientes superiores, inclinación de los dientes inferiores hacia lingual o una combinación de ambas ⁽¹⁾.

- Mordida cruzada de origen dentario: se pueden presentar por un único diente, varios dientes o toda o una hemiarcada; se caracteriza por deficiencia en la inclinación vestibulo-lingual de los dientes.
- Mordida cruzada de origen mixto: es una combinación de las dos anteriores.

Otra forma de clasificarlas en la práctica clínica es:

- Anterior.
- Posterior.
- Unilateral.
- Bilateral.
- Total.

- Invertida o tijera.

Diagnóstico

El diagnóstico de este tipo de maloclusiones se realiza mediante una correcta anamnesis (en el caso de que la maloclusión esté relacionada con algún traumatismo que haya sufrido el niño en el pasado), detallada evaluación clínica (donde observaremos estructuras anatómicas), análisis de modelos (donde evaluaremos el componente dental y el óseo para diferenciar el origen de la maloclusión). Y por último es importante tener presente que muchas veces las interferencias oclusales producen algún tipo de mordida cruzada y es por esto que debemos observar a nuestro paciente durante la actividad masticatoria.

Tratamiento

En los niños en dentición mixta la mordida cruzada suele ser consecuencia de un estrechamiento del maxilar. Si el niño desvía la boca al ocluir o la constricción es lo bastante marcada como para reducir el espacio del arco dentario de forma significativa, está indicada la corrección precoz con ortodoncia interceptiva ⁽³⁾.

Se pueden utilizar aparatos removibles o fijos para corregir las mordidas cruzadas, siempre teniendo en cuenta que se debe sobre expandir ligeramente la arcada y mantenerla en esta posición de sobre expansión por lo menos 3 meses antes de retirar el aparato para evitar que se regrese a la posición inicial de maloclusión ⁽³⁾.

El tratamiento varía según la causa que la provoque; las mordidas cruzadas de origen esquelético se suelen tratar con fuerzas para abrir la sutura palatina media y ensanchar el maxilar. Las mordidas cruzadas dentales se tratan moviendo los dientes con fuerzas más ligeras ⁽³⁾.

Las fuerzas de mayor magnitud y la expansión rápida no son recomendables en dentición primaria o mixta porque existe un riesgo importante de distorsionar la nariz del paciente ⁽³⁾. La expansión se debe mantener en un ritmo de 2mm al mes hasta haber sobre corregido ligeramente la mordida cruzada. Es posible ajustar los aparatos intraoralmente, aunque se recomienda quitar y volver a cementar los aparatos durante el tratamiento activo.

Tratamiento de Mordida Cruzada Posterior Bilateral

Aparatología:

- Removible: dependiendo de la edad producirá solo expansión alveolo dentaria; consiste en una placa removible con tornillo de expansión que se activa una vez por semana. Ejemplo: Disyuntor.
- Fijo: cuando existan otras anomalías oclusales asociadas, expansión rápida del maxilar. Ejemplo: Quad hélix.
- Tratamiento de Mordida Cruzada Posterior Unilateral.

Aparatología:

- Removible: placa de expansión unilateral, placa de expansión asimétrica (se coloca el tornillo más cerca del lado comprimido).
- Fija: Quad hélix.

Caso Clínico

- Paciente de 8 años de edad que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá por una preocupación de la madre ya que el niño le había reportado que sentía molestia en el paladar cuando mordía.
- La madre del niño reporta que el mismo no padece ningún trastorno sistémico de consideración y actualmente no se encuentra bajo ningún tratamiento médico.
- Al examen extra oral observamos: faciadicofacial, asimetría de tercios (el tercio inferior está aumentado con respecto a los otros dos), nariz mesorrina y labios funcionales (fig. n°1). El perfil facial es convexo (fig. n°2) y a la palpación ganglios linfáticos, glándulas salivares y mayores y demás estructuras anatómicas se encuentran dentro de los límites fisiológicos.



Fig. N°1



Fig. N°2

Al examen intraoral se observa mucosa vascularizada, leve inflamación de la encía en el área anteroinferior, acumulación de placa moderada, inserción del frenillo labial y los frenillos vestibulares alta (fig. n°3). En cuanto a las estructuras dentales presenta 22 dientes erupcionados de los cuales 10 son permanentes y 12 son deciduos; overjet y overbite de 2mm y apiñamiento anteroinferior (fig. n°3 y n°4).



Fig. N°3



Fig. N°4

En el sector posterior observamos mordida cruzada bilateral que inicia en distal de las primeras molares deciduas superiores tanto izquierda como derecha y se extiende hasta la primera molar superior permanente de ambos lados (fig. 5 y 6).



Fig. N°5



Fig. N°6

Al analizar el paladar vemos que se encuentra comprimido en el área de molares, adquiriendo forma de “U” muy cerrada que al compararlo con el maxilar inferior es mucho más pequeño en sentido transversal (fig. 7 y 8). Siguiendo los parámetros antes mencionados podemos predecir que el origen de la mordida cruzada es por una deficiencia de crecimiento en el maxilar; esto lo podemos corroborar observando las facetas de desgaste que presenta el niño en caninos y molares deciduas, que como se describió anteriormente es un tipo de adaptación funcional que realizan las estructuras anatómicas dentales para llegar a máxima intercuspidadación (fig. n°7).

Es importante mencionar en este punto que al momento de palpar la articulación la misma presentaba un ruido tipo pop que podemos relacionar también a un tipo de adaptación del organismo para compensar la deficiencia de crecimiento del maxilar.



Fig. N°7



Fig. N°8

Modelos

Al analizar los modelos de estudio se observa disminución del perímetro del arco producto de la compresión de los procesos alveolares en el sector de molares (que le da la forma triangular) y de la misma compresión esquelética que el paciente presenta en el maxilar (fig. n°9). En el maxilar inferior la arcada es en forma de “U”, los incisivos centrales y el incisivo lateral derecho se observan Retruído, mientras que el incisivo lateral izquierdo se observa lingualizado (fig. n°10).



Fig. N°9



Fig. N°10

Radiografías

Se incluyeron radiografías periapicales para realizar el análisis de espacio, el cual nos presenta una discrepancia en cuanto al espacio requerido de -4.8mm en el maxilar superior y -5.2mm en el inferior. En la radiografía panorámica se observó la presencia de todos los gérmenes con formación coronal y radicular correspondiente a un niño de 7 años.

Recopilados todos estos datos obtenemos el diagnóstico inicial de: Clase I esquelética, clase I de maloclusión con apiñamiento, Mordida cruzada posterior bilateral en dentición mixta.

Tratamiento

El tratamiento ortodóncico interceptivo tenía tres objetivos fundamentales:

- Expandir el maxilar superior.
- Derrotar los 1eros molares permanentes.
- Guía de erupción en ambas arcadas.
- El aparato seleccionado para resolver este problema de maloclusión fue un Quad-Helix, (fig. 11) ya que no necesita la cooperación del paciente y porque permite la expansión transversal del maxilar superior y la de rotación de los molares que sirven como piezas de anclaje para este aparato.



Fig. 11

Cuando se expande el arco superior, es importante sobre expandir tres o cuatro milímetros ya que siempre hay cierto grado de recidiva. Se necesitó 10 meses para lograr nuestros objetivos en al arco superior. Una vez retirado el quad-helix, se colocó un Hawley superior removible para garantizar que los resultados logrados por el quad-helix no se perdieran Fig. 12.



Fig. nº 12

Logramos obtener en ambos lados de la arcada una oclusión normal. Fig. 13 y 14.



Fig.13



Fig.14

Bibliografía

1. Manuel Román Jiménez. **EL PROBLEMA TRANSVERSAL. GENERALIDADES, DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION.**
2. E. Espasa, J. R. Boj, J. M. Ustrell. **LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR. RAZONES Y MEDIOS PARA SU TRATAMIENTO PRECOZ.** Anales de Odontoestomatología. 1994; (4): 115-122.
3. William R. Proffit; Henry W. Fields, Jr.; David M. Sarver. **ORTODONCIA CONTEMPORANEA.** Cuarta edición. Editorial ElsevierMosby. Cap. 6 pag. 225; Cap.7 pag. 247; Cap. 12 pag. 437-439.